УДК: 616.33-006.6-089-06:613.9

ВРЕМЕННОЙ ПРОФИЛЬ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И СПЕЦИФИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЖЕЛУДКА

Ризаев Жасур Алимджанович – д.м.н., профессор
Асатулаев Акмал Фархатович – Ph.D., доцент
Самаркандский государственный медицинский университет (Самарканд, Узбекистан)

Аннотация. *Цель — определить наиболее уязвимые периоды и домены качества жизни после хирургического лечения рака желудка. Проведён анализ описывающей когорту 334 пациентов. Через месяц ролевое функционирование снижалось с 61,1±4,4 до 39,3±4,3 балла, социальное — с 67,9±3,3 до 48,8±3,1. К шести месяцам эти показатели приближались к исходным. По QLQ-STO22 через шесть месяцев после гастрэктомии пищевые ограничения составляли 56,2±4,8 против 28,4±3,2 балла после резекции, рефлюкс — 34,8±4,1 против 16,1±1,9. Общий статус здоровья и специфические симптомы демонстрировали разные траектории. Полученные данные поддерживают сочетание общего и органоспецифического опросников при мониторинге восстановления.*

Ключевые слова: *рак желудка, качество жизни, EORTC QLQ-C30, QLQ-STO22, пищевые ограничения, рефлюкс.*

OSHQOZON SARATONI JARROHLIK DAVOSIDAN KEYIN HAYOT SIFATINING VAQT BO‘YICHA O‘ZGARISHI VA MAXSUS SIMPTOMLLAR

Rizayev Jasur Alimdjanovich – t.f.d., professor
Asatulayev Akmal Farxatovich – t.f.n., dotsent
Samarqand davlat tibbiyot universiteti (Samarqand, O‘zbekiston)

Annotatsiya. *Maqsad — me’da saratonini jarrohlik yo‘li bilan davolashdan keyin hayot sifati ko‘rsatkichlarining eng zaif davrlari va domenlarini aniqlash. 334 nafar bemordan iborat kohortaning tahlili o‘tkazildi. Operatsiyadan bir oy o‘tgach, rolli faoliyat ko‘rsatkichi 61,1±4,4 balldan 39,3±4,3 ballgacha, ijtimoiy faoliyat esa 67,9±3,3 balldan 48,8±3,1 ballgacha pasaydi. Olti oyga kelib, ushbu ko‘rsatkichlar dastlabki qiymatlarga yaqinlashdi. QLQ-STO22 so‘rovnomasiga ko‘ra, gastrektomiyadan olti oy o‘tgach, ovqatlanishdagi cheklovlar rezeksiyadan keyingi 28,4±3,2 ballga nisbatan 56,2±4,8 ballni, refluks esa tegishli ravishda 16,1±1,9 ballga nisbatan 34,8±4,1 ballni tashkil etdi. Umumiy salomatlik holati va o‘ziga xos (spesifik) simptomlar turlicha dinamika traektoriyalarini namoyish etdi. Olingan ma’lumotlar sog‘ayish jarayonini monitoring qilishda umumiy va a’zoga xos so‘rovnomalarni birgalikda qo‘llashni qo‘llab-quvvatlaydi.*

Kalit so‘zlar: *oshqozon saratoni, hayot sifati, EORTC QLQ-C30, QLQ-STO22, ovqatlanish cheklanishlari, reflyuks.*

TEMPORAL QUALITY-OF-LIFE PROFILES AND DISEASE-SPECIFIC SYMPTOMS AFTER GASTRIC CANCER SURGERY

Rizaev Jasur Alimjanovich – D.M.Sc., professor
Asatulaev Akmal Farkhatovich – Ph.D., associate professor
Samarkand State Medical University (Samarkand, Uzbekistan)

Abstract. *Objective. To identify the most vulnerable periods and domains of quality of life following surgical treatment for gastric cancer. A cohort analysis of 334 patients was performed. At one month postoperatively, role functioning decreased from 61.1±4.4 to 39.3±4.3 points, and social functioning declined from 67.9±3.3 to 48.8±3.1 points. By six months, these indicators approached baseline values. According to the QLQ-STO22 questionnaire, at six months post-gastrectomy, eating restrictions scored 56.2±4.8 points compared to 28.4±3.2 points after subtotal resection, while reflux scored 34.8±4.1 points versus 16.1±1.9 points, respectively. Global health status and specific symptoms demonstrated distinct trajectories. The findings support the combined use of generic and disease-specific questionnaires for monitoring post-operative recovery.*

Keywords: *gastric cancer, quality of life, EORTC QLQ-C30, QLQ-STO22, eating restrictions, reflux.*

Актуальность. После лечения рака желудка общая оценка здоровья может улучшаться одновременно с сохранением пищевых и социальных затруднений. Пациент адаптирует ожидания, режим питания и повседневную деятельность, поэтому один суммарный показатель не раскрывает весь профиль последствий операции.

QLQ-C30 позволяет оценивать разные функциональные домены [1], а модуль STO22 предназначен для специфических проблем больных раком желудка [2]. Их совместное применение важно для выявления ситуации, когда общая удовлетворённость состоянием уже восстановилась, но дисфагия или рефлюкс продолжают ограничивать повседневную жизнь. Интерпретация изменений должна учитывать клиническую величину эффекта [8] и особенности каждой шкалы [4].

Наблюдение после операции включает не только поиск рецидива, но и оценку постгастрэктомических последствий [5]. Содержание реабилитации при этом следует связывать с выявленными нарушениями [9]. Продольное описание качества жизни помогает выбрать сроки такого выявления и не ограничивать сопровождение ранним стационарным периодом.

Цель. Охарактеризовать временную динамику функциональных доменов QLQ-C30 и профиль специфических симптомов STO22 через шесть месяцев после различных объёмов операции.

Материалы и методы. Общая когорта включала 334 больных морфологически подтверждённым раком желудка, наблюдавшихся в Самаркандском филиале РСНПМЦ онкологии и радиологии с января 2021 по январь 2025 г. Данные QLQ-C30 представлены до операции и через 1, 3, 6 и 12 месяцев. Для STO22 сопоставлены резекции (n=98) и гастрэктомии (n=236).

Результаты и обсуждение.

Разная скорость восстановления доменов

Шкала, баллы	Исходно	1 месяц	3 месяца	6 месяцев	12 месяцев
Общий статус здоровья	54,0±3,8	49,4±3,2	56,4±3,1	62,5±3,5	69,2±3,3
Физическое функционирование	65,0±4,0	54,2±3,8	60,3±3,4	67,3±4,0	74,5±3,6
Ролевое функционирование	61,1±4,4	39,3±4,3	51,5±4,1	61,0±4,4	70,3±4,1
Социальное функционирование	67,9±3,3	48,8±3,1	58,6±2,8	67,5±3,1	75,1±2,8

Первый месяц характеризовался наименьшими средними показателями во всех представленных доменах. Особенно заметно снижение ролевого и социального функционирования. Общий статус здоровья к трём месяцам уже превышал исходное среднее, тогда как ролевое и социальное функционирование ещё оставались ниже него. Следовательно, восстановление общей самооценки здоровья опережало восстановление обычной жизнедеятельности.

По нашему мнению, обнаруженная неодновременность имеет важное организационное значение для клинической практики. Контрольная консультация, ориентированная исключительно на общее самочувствие пациента, рискует пропустить скрытые трудности его возвращения к бытовым обязанностям и социальным контактам. Мы рассматриваем нутритивную поддержку и индивидуальную физическую активность как обязательные возможные компоненты комплексного сопровождения таких больных на амбулаторном этапе, однако в рамках анализа данной таблицы мы не имеем возможности изолированно разделить их конкретный вклад [3, 7].

Таблица 1.

Сравнительный анализ выраженности специфических симптомов у пациентов после различных объёмов хирургического лечения рака желудка

Симптом, баллы	Резекции	Гастрэктомии	Значение p
Дисфагия	12,4±2,1	24,6±3,4	0,002
Рефлюкс	16,1±1,9	34,8±4,1	<0,001
Пищевые ограничения	28,4±3,2	56,2±4,8	<0,001
Боль в эпигастрии или животе	18,3±2,5	21,1±2,8	0,314
Тревога о будущем	44,6±4,2	48,1±4,5	0,542

В ходе нашего исследования мы установили, что после гастрэктомии у пациентов наиболее выраженными были нарушения приёма пищи и рефлюкс. В то же время различия в уровне боли и тревоги о будущем не достигали

установленного нами порога значимости. Выявленная неоднородность наглядно показывает, что мы не можем описывать специфический симптоматический профиль упрощенным утверждением об одинаковом ухудшении всех компонентов качества жизни.

По нашему мнению, практическое содержание каждого контрольного визита должно строго зависеть от конкретного симптома: к примеру, уточнение характера дисфагии принципиально отличается от оценки пищевых ограничений или тревоги. Безусловно, этапный подход протокола ERAS отлично описывает раннее восстановление, однако зафиксированные нами жалобы указывают на очевидную необходимость продолжать наблюдение и после завершения этого этапа [4, 6]. Наконец, мы полагаем, что для интерпретации различий по опроснику QLQ-C30 следует избегать универсального порога, одинакового для всех доменов. Мы рекомендуем опираться на то, что оценка величины изменений должна зависеть от конкретной шкалы и клинического контекста.

Выводы:

Наиболее выраженное снижение функциональных показателей в представленных данных отмечалось через месяц после операции.

Общий статус здоровья восстанавливался быстрее ролевой и социальной активности; эти домены следует оценивать раздельно.

Через шесть месяцев после гастрэктомии сохранялись более выраженные пищевые ограничения, рефлюкс и дисфагия, что обосновывает сочетание общего и специфического опросников при наблюдении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Aaronson NK, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. J Natl Cancer Inst. 1993; 85:365-376. https://doi.org/10.1093/jnci/85.5. 365

2. Blazeby JM, et al. Clinical and psychometric validation of a questionnaire module, the EORTC QLQ-STO 22, to assess quality of life in patients with gastric cancer. Eur J Cancer. 2004; 40:2260–2268. https://doi.org/10.1016/j.ejca.2004.05.023

3. Campbell KL, et al. Exercise Guidelines for Cancer Survivors: Consensus Statement from International Multidisciplinary Roundtable. Med Sci Sports Exerc. 2019; 51:2375–2390. https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000002116

4. Cocks K, et al. Evidence-based guidelines for interpreting change scores for the European Organisation for the Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30. Eur J Cancer. 2012; 48:1713–1721. https://doi.org/10.1016/j.ejca.2012.02.059

5. Japanese Gastric Cancer Association. Japanese Gastric Cancer Treatment Guidelines 2021 (6th edition). Gastric Cancer. 2023; 26:1–25. https://doi.org/10.1007/s10120-022-01331-8

6. Mortensen K, et al. Consensus guidelines for enhanced recovery after gastrectomy: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations. Br J Surg. 2014; 101:1209–1229. https://doi.org/10.1002/bjs.9582

7. Muscaritoli M, et al. ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in cancer. Clin Nutr. 2021; 40:2898-2913. https://doi.org/10.1016/j.clnu.2021.02.005

8. Osoba D, et al. Interpreting the significance of changes in health-related quality-of-life scores. J Clin Oncol. 1998; 16:139–144. https://doi.org/10.1200/JCO.1998.16.1.139

9. Silver JK, Baima J, Mayer RS. Impairment-driven cancer rehabilitation: an essential component of quality care and survivorship. CA Cancer J Clin. 2013; 63:295–317. https://doi.org/10.3322/caac.21186